

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

ALEXANDRE FARMACHI

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

L'Accouchement Spontané

chez les femmes qui ont subi

antérieurement une opération césarienne

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE VERTONGEN

50, RUE ST-LAZARE

1923

1237

149

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT

011

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1923

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

ALEXANDRE FARMACHI

Ancien externe des Hôpitaux de Paris

L'Accouchement Spontané

chez les femmes qui ont subi

antérieurement une opération césarienne

Président : M. BRINDEAU, Professeur

PARIS

IMPRIMERIE VERTONGEN

50, RUE ST-LAZARE

1923

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Le Doyen : M. ROGER

Professeurs : MM.

Anatomie	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	André BROCA
Chimie organique et Chimie générale.....	DESGREZ
Bactériologie	BESANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.....	Marcel LABBE
Pathologie médicale	RICHAUD
Pathologie chirurgicale	LEGÈNE
Anatomie pathologique	LETULLE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils.....	Pierre DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....	POUCHET
Thérapeutique	CARNOT
Hygiène	BERNARD
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.....	ROGER
Clinique médicale	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance.....	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.....	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.....	Pierre MARIE
Clinique des maladies contagieuses.....	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	GOSSET
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique	De LAPERSONNF
Clinique des maladies des voies urinaires.....	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BRINDEAU
	COUVELAIRE
	JEANNIN
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile.....	Auguste BROCA
Clinique thérapeutique	VAQUEZ
Clinique d'Oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU
Clinique de Propédeutique	SERGENT

Agrégés en exercice : MM.

ABRAMI	FIESSINGER	LEMIERRE	RICHAUD
ALGLAYE	GARNIER	LEQUEUX	ROUSSY
BASSET	GOUGEROT	LEREBoullet	ROUVIERE
BAUDOUIN	GREGOIRE	LERI	SCHWARTZ (A.)
BLANCHETIERRE	GUENOT	LEVY-SOLAL	STROHL
BRANCA	GUILLAIN	MATHIEU	TANON
CAMUS	HEITZ-BOYER	METZGER	TERRIEN
CHAMPY	JOYEUX	MOCQUOT	TIFFENEAU
CHEVASSU	LABBE (Henri)	MULON	VILLARET
CHIRAY	LAIGNEL	OKINCZYC	
CLERC	LAVASTINE	PHILIBERT	
DEBRE	LANGLOIS	RATHERY	
DESMAREST	LARDENNOIS	RETTERRER	
DUVOIR	LELORIER	RIBIERRE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA CHERE ET DOUCE MAMAN

*qui mit au monde onze enfants et qui les
éleva avec une égale tendresse.*

A MES DEUX FRERES AINES

*dont les grands sacrifices matériels m'ont
permis de terminer mes études.*

A MES AUTRES FRERES ET A MA SŒUR

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE
M. LE PROFESSEUR BRINDEAU

Professeur d'Obstétrique et de Clinique d'Accouchements
Officier de la Légion d'Honneur

HOMMAGES RESPECTUEUX.

A M. LE DOCTEUR V. CATHALA

Accoucheur de la Maternité de Saint-Louis
Chevalier de la Légion d'Honneur

*qui a bien voulu nous inspirer ce sujet de
thèse, nous adressons ici l'hommage de
notre sincère reconnaissance.*

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX :

M. le professeur ROBIN
M. le professeur VAQUEZ
M. le professeur agrégé LENORMANT (externat)
M. le docteur HALBRON (externat)
M. le docteur CATHALA (externat)
M. le docteur BRAUD
M. le docteur GALLIARD
M. le docteur PAPILLON
M. le docteur COMTE
M. le docteur BOIDIN
M. le docteur BAUDET
M. le docteur AUCLAIR

A MM. les docteurs

LE MAUX, LUTEMBACHER

A MM. les docteurs

ETIENNE SORREL

Chirurgien de l'Hôpital Maritime de Berck

PAUL MOURE

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

RENE CHENIER

Ancien interne des Hôpitaux de Paris

Chirurgien de l'Hôpital de Beauvais

*qui furent mes chefs, mes maîtres et mes amis pendant
la guerre en Roumanie,
l'expression de mon plus profond dévouement.*

AVANT PROPOS

Jusqu'à ces dernières années, les accoucheurs redoutaient de laisser évoluer une grossesse chez une femme ayant subi antérieurement l'opération césarienne. La crainte de la rupture utérine survenant soit à la fin de la grossesse, soit au début du travail hantait les esprits, d'autant plus que la cicatrice utérine était réputée être le plus souvent défavorable anatomiquement et physiologiquement.

Cependant, peu à peu, des cas d'accouchements spontanés avec terminaison heureuse survenus chez des césariées ont été publiés; c'était donc là une évolution possible.

D'autre part, la césarienne est devenue une opération de plus en plus pratiquée et ses indications se sont multipliées. Elle était faite jadis presque exclusivement dans les cas de rétrécissement pelvien osseux, et il n'y avait guère lieu d'envisager l'éventualité d'un accouchement spontané ultérieur. Il s'agissait presque toujours d'une dystocie permanente qui entraînait fatalement la nécessité de césariennes itératives.

Avec l'amélioration de la technique chirurgicale, la césarienne a vu ses statistiques suivre une progression favorable au point de vue des résultats.

La notion des bassins limites ne permettant pas l'accouchement d'un gros enfant, mais permettant la naissance ultérieure par les voies naturelles d'un enfant plus petit ou prématuré est venue constituer une indication nouvelle.

Dans des cas où on attendait, jadis, on intervient plus volontiers si on craint une dystocie; la majorité des accoucheurs préfèrent l'intervention aux risques d'un accouchement difficile, gros de conséquences pour la mère et pour l'enfant.

Surtout plus nombreux sont les cas de dystocie momentanées (éclampsie puerpérale, placenta praevia, procidence du cordon, tumeurs pelviennes, présentation de l'épaule, etc., etc.), où la césarienne peut trouver une indication unique et où les accouchements ultérieurs, peuvent se faire par les voies naturelles, l'obstacle ne se répétant pas ou ayant été enlevé.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le docteur Cathala, à l'Hôpital Saint-Louis, un cas d'accouchement spontané avec issue heureuse chez une césarisée, et nous avons pu relever dans le service deux autres cas semblables. Sur le conseil de notre maître, nous nous proposons d'étudier le pronostic des accouchements spontanés chez les femmes ayant subi antérieurement la section césarienne.

OBSERVATIONS

Il existe deux grandes statistiques des cas de grossesse post-césarienne publiées en France : celle de Planès (1) et de Morisson-Lacombe (2) dans leurs thèses respectives.

Planès rapporte 30 cas d'accouchement à terme et 17 cas d'accouchement prématuré, dont 5 à 8 mois et 4 à 8 mois et demi, ce qui donne un total de 47 cas de terminaison spontanée de la grossesse — sur 319 grossesses consécutives à une césarienne.

Morisson-Lacombe rapporte 10 cas d'accouchement spontané observé chez 6 césarisées sur un total de 50 gestations post-césariennes. Nous avons pu relever dans la littérature médicale 4 observations d'accouchement spontané à terme publiées depuis ces deux travaux.

Nous ajoutons 3 observations inédites recueillies dans le service de M. le docteur Cathala à l'Hôpital Saint-Louis et une observation inédite recueillie à la clinique Tarnier dans le service de M. le professeur Brindeau.

(1) J. Planès. — *La valeur anatomique et fonctionnelle de l'utérus césarisé*. Thèse de Bordeaux, 1920.

(2) A. Morisson-Lacombe. — *L'avenir obstétrical des femmes ayant subi la section césarienne portant sur le corps de l'utérus*. Thèse de Paris, 1920.

OBSERVATION I.

Mme R... Hélène, 22 ans.

Première gestation, 9 juin 1910 (Saint-Antoine). — Sommet à terme. Fille vivante.

Deuxième gestation, 12 mai 1913 (chez elle). — Sommet à terme. Garçon vivant.

Troisième gestation, 12 avril 1915 (Maternité de Versailles). — Césarienne pour présentation de l'épaule enclavée, membranes rompues dix-sept heures avant le transport de la femme à l'hôpital. Rupture des membranes en dehors de tout travail, le 12 avril, à 2 heures du matin. Une sage femme constate une présentation de l'épaule avec abaissement d'un bras et fait transporter la femme à l'hôpital de Versailles où elle entre perdant toujours du liquide amniotique.

Opération, à 9 heures et demie, le 12 avril. — Opération césarienne. Les renseignements que nous avons pu obtenir du docteur Broussin sont les suivants : *sutures au catgut, points séparés musculaires sous-muqueux, surjet péritonéal au catgut qui enfouit la première suture.*

Suites opératoires ; bonnes, guérison sans adhérences ni traces de drainage. Enfant vivant.

Quatrième gestation (2), 1^{er} juillet 1918 (Clinique Baudeloque, obs. 774). — D. R. août 1917, vingt-sept mois après la césarienne.

Femme à terme. Fœtus en O.I.D.P. Durée du travail quatre heures quinze. Rien de particulier à signaler pendant le travail. Après la sortie du fœtus et pendant les contractions de la délivrance, M. Dubois observe la présence d'un sillon longitudinal de la face extérieure de l'utérus. Le sillon est senti à la palpation, il n'est pas perceptible à la vue, car il est caché par la paroi abdominale non déprimée.

(1) J.-L. Chirié. — Société d'obstétrique et de gynécologie de Paris (18 juillet 1921).

(2) Cette quatrième gestation a fait l'objet d'une communication à la Société par M. Potocki en 1918 comme cas d'accouchement spontané après césarienne. A trois ans d'intervalle ces deux communications se complètent l'une l'autre. Je dois ce renseignement à l'amabilité de M. Potocki.

Suites de l'accouchement. — Fille bon état, 3 kg. 350. Placenta, 540. Mère, suites normales. Température 37°. Sort sur sa demande le quinzième jour.

Cinquième gestation. — D. R., 30 juillet 1920. Travaille (casquetière), jusqu'à 7 mois. Consulte à la Maternité de l'Hôtel-Dieu, depuis le cinquième mois tous les quinze jours. Dans les deux derniers mois, ne peut rester assise ; ne se trouve bien que couchée ou debout. On ne signale rien de particulier. A plusieurs reprises, la femme est invitée à rentrer à l'hôpital, mais elle s'y est toujours refusée ; rien d'anormal jusqu'au mardi 17 mai : à cette date quelques douleurs lourdes dans le bas-ventre ; le *mercredi 18 mai*, souffre toujours ; vient consulter : siège complet, dos à gauche, col fermé : la malade refuse de rester. Le jeudi 10, rien de particulier. Dans la nuit du 19 au 20, elle dort bien jusqu'à 2 heures du matin. A ce moment, elle est réveillée par des douleurs assez fortes, mais lourdes qui l'obligent à se coucher dans son lit. A 6 heures du matin, elle se lève. Vers 7 heures, s'étant assise, brusquement, elle sent remuer l'enfant « *comme si l'enfant s'était retourné sur lui-même* », en même temps elle éprouve une douleur assez violente semblable à une déchirure. Elle a quelques vertiges, mais ne perd pas connaissance. Elle appelle sa voisine : soutenue par elle, la malade descend les cinq étages, monte dans un taxi qui la conduit à l'Hôtel-Dieu. Elle descend de voiture, va à pied de la porte à la salle de consultation (80 mètres avec l'escalier à monter), où elle est reçue comme une femme en travail : baignée, changée de linge elle est conduite à l'ascenseur puis au dortoir. Vers 9 heures, souffrant, toujours, on prévient la sage-femme de la salle, Mme Jundh, qui la fait transporter à la salle de travail dans la crainte d'une rupture de l'utérus.

A ce moment, la femme a eu quelques petites défaillances, mais le pouls est à 88 et la tension (M. Lefebvre, interne, du service) 12,8, un peu faible comme maxima, mais chiffre fréquemment observé chez la femme gravide.

Examen de M. Chirié, à 11 heures et demie. — Quatre heures environ après la rupture. Etat général, pas trop mauvais. Pouls 108. Les lèvres sont colorées. La femme répond assez vaguement aux questions ; il est impossible d'avoir un renseignement précis sur ce qu'elle a éprouvé antérieurement. Elle se plaint continuellement du ventre.

A l'examen, l'abdomen n'est pas ballonné. Il est augmenté de volume sur la ligne médiane au-dessus du pubis ; on constate à ce niveau une voussure anormale correspondant à la tête fœtale qui semble être nettement sous la main, sous la paroi abdominale ; elle ballotte, mais ne peut être fortement déplacée ; ces manœuvres sont douloureuses. Dans le reste de l'abdomen on perçoit des petites parties fœtales qui donnent une sensation analogue à celle qu'on observe chez une multipare à utérus et paroi très amincies. *A aucun moment on ne perçoit de contraction utérine...* Le fœtus n'est pas mobile dans l'abdomen et on a une sensation de tension ovulaire un peu lâche, on ne sent pas de bruits du cœur et la femme ne sent plus remuer. On ne trouve pas de deuxième tumeur correspondant à l'utérus rompu. Par le vagin, il s'écoule un peu de sang. Au toucher le col est long, perméable à l'orifice externe : la partie fœtale est très élevée.

La césarienne antérieure, la douleur abdominale, l'absence de contractions utérines, la mort du fœtus, malgré la forme très atténuée des signes généraux, font penser à une rupture avec très probablement énucléation de l'œuf entier dans l'abdomen et pratiquer immédiatement une laparotomie exploratrice qui confirme le diagnostic.

Opération. — Quatre heures à cinq heures après la rupture (M. Chirié). Laparotomie sus et sous-ombilicale. Le ventre ouvert, on trouve du sang dans l'abdomen. On tombe en premier lieu sur le grand épiploon étalé au-devant d'une masse kystique. La partie inférieure du grand épiploon est saisie entre deux pinces et sectionnée. On essaie de sortir l'œuf intact énucléé dans l'abdomen, mais cette manœuvre est impossible ; l'œuf se rompt ; il s'écoule un liquide amniotique noir verdâtre chargé de méconium. Le fœtus puis les annexes complètes sont extraits. L'utérus est rompu sur sa face antérieure et sur son fond. Hystérectomie supra-vaginale et hémostatse, nettoyage de l'abdomen (éther), drainage, suture de la paroi en deux plans. L'hémorragie abdominale ne semble pas avoir dépassé 700 à 800 grammes, certainement pas 1.000 grammes.

Suites opératoires. — Normales, guérison dans les délais habituels.

Examen de la pièce. — La rupture sur l'utérus ayant séjourné dans le formol s'étend sur une longueur de 18 centimètres, porte sur la face antérieure et le fond. Toute la cicatrice semble avoir cédé : la déchirure ne semble pas s'être propagé en tissu sain. L'in-

térieur de la cavité est remplie de caillots adhérents à la paroi postérieure (zone placentaire).

Examen histologique. — Plusieurs fragments ont été prélevés. Les coupes examinées à un faible grossissement permettent de penser que la cicatrice était mauvaise : il devait exister un sillon intérieur correspondant à la moitié de l'épaisseur de la paroi utérine retractée, ce qui s'accorde avec la constatation clinique de M. Dubois lors de la délivrance après l'accouchement spontané en 1918. Quant à la cicatrice elle-même, l'examen à un plus fort grossissement a montré qu'elle était conjonctive : on voyait dans son épaisseur de nombreux foyers hémorragiques s'étendant par endroit jusqu'en plein tissus musculaire sain. Le placenta s'insérait sur la paroi postérieure non rompue, les membranes ovulaires s'épalaient à la face profonde de la cicatrice, sur l'utérus rétracté la caduque semble pénétrer sur la moitié de l'épaisseur de la paroi utérine de la zone cicatricielle.

OBSERVATION II (1)

Mme P..., a été opérée le 12 décembre 1908, pour dystocie par kyste de l'ovaire, quarante-deux heures après la rupture des membranes, trente heures après le début du travail. La paroi utérine fut suturée en masse (la muqueuse exceptée) par points séparés aux fils de lin et avec des points de catgut entre ceux-ci. Les suites opératoires furent normales, hormis une petite fistule qui se produisit au bout de plusieurs mois seulement et se tarit spontanément.

En juillet 1913, octobre 1916 et février 1919, trois accouchemens spontanés, normaux, rapides pour les deux premiers, de gros enfants se présentant par le sommet.

Délivrance normale.

En mars 1920, on revoit cette femme qui a une paroi abdominale sans éviscération et un utérus un peu gros, adhérent à la paroi abdominale au-dessus du pubis.

OBSERVATION III (2)

Dans le courant du mois d'octobre dernier, se présente à la consul-

(1) A. Grosse (de Nantes). — Société de Gynécologie et d'Obstétrique, avril 1920.

(2) Anderodias. — Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux (séance du 27 avril 1920).

tation des femmes enceintes de la rue Cabirol, une jeune femme de 22 ans, II pare, domestique, qui désire se faire examiner. La raison de ce désir est qu'à son premier accouchement, elle a subi une opération césarienne, parce, nous dit-elle, la dilatation du col était lente à se faire. Devant cette assertion, je l'interrogeai et l'examinai avec beaucoup de soins. Antécédents héréditaires sans intérêt. Elle ne sait comment elle a été nourrie, mais assure qu'elle a marché très tard, pas avant deux ans.

Réglée à 13 ans et demi ; toujours très bien depuis ; règles non douloureuses, régulières, d'une durée de trois jours.

La première grossesse a été normale ; au moment de l'accouchement, la patiente est entrée à la Maternité de Fontainebleau. C'est là qu'elle a subi l'opération césarienne pour les raisons indiquées plus haut, opération qui a donné naissance à une fille vivante, bien portante, qu'elle a nourrie jusqu'à dix mois. Suites normales.

Elle a eu ses dernières règles du 7 au 10 février 1919 ; la grossesse était d'environ huit mois au moment de notre premier examen. Grossesse en tous points normale, sans accident ni douleur d'aucune sorte.

C'est une femme de petite taille, 1 m. 49 ; normalement constituée ; les membres n'ont aucune courbure anormale et on ne découvre aucune trace de rachitisme.

Le ventre nous présente la cicatrice de la césarienne antérieure, cicatrice très pigmentée du fait de la grossesse actuelle. Elle va de quelques centimètres au-dessus du pubis, à trois travers de doigts au-dessus de l'ombilic. Cette cicatrice est souple et ne paraît pas adhérente aux plans sous-jacents. L'utérus, dont le fond remonte à 27 centimètres du pubis, est normal ; le fœtus est en présentation du sommet, tête mobile au-dessus du détroit supérieur, dos à droite ; bruits du cœur normaux.

Au toucher, le col est fermé, la tête très haut située ; la recherche du promontaire demeure négative ; le sacrum a sa concavité normale ; l'angle rétro-pubien ne fait pas penser à un rétrécissement pelvien.

Dans ces conditions, je pensais qu'il était important pour cette femme d'entrer dans un service d'accouchements où elle pourrait être surveillée jusqu'à terme ; quelques jours après, elle entra à la Maternité de Pellegrin.

Après un nouvel examen, m'étant bien rendu compte qu'il n'existait pas pour le passage du fœtus aucun obstacle osseux, je me

décidais à laisser la grossesse à terme, en la surveillant d'une façon toute particulière, prêt à intervenir au moment de l'accouchement, si quelque chose d'anormal venait à se produire.

Le dernier mois de la grossesse se passa sans incident ; pas d'albugine.

Le travail débute, le 14 novembre, à 22 heures ; à ce moment, l'examen montre que la tête est engagée en O.I.D.P. Les douleurs, d'abord un peu espacées, se rapprochent ; il n'existe aucun tiraillement sur la cicatrice cutanée ; l'effacement et la dilatation traînent un peu en longueur.

Le 15 novembre, à 18 heures trois quarts. Les membranes rompues artificiellement à ce moment laissent écouler un liquide amniotique verdâtre, sans cependant aucune modification des bruits du cœur du fœtus.

L'expulsion est rapide et dure un demi-heure. Délivrance naturelle trente-cinq minutes après.

L'enfant, un garçon, pèse 3 kgr. 710. Suites de couches normales. Involution utérine rapide. Exécuté le 27 novembre.

OBSERVATION IV.

Personnelle. Service de M. le docteur Cathala. Maternité de l'Hôpital Saint-Louis.

M. M..., âgée de 32 ans, multipare

Antécédents personnels. — Antécédents rachitiques très nets. La femme a marché très tard et avait les jambes arquées. Vers l'âge de 6 ans, elle a subi une ostéotomie aux deux cuisses, dont on voit actuellement les cicatrices.

Première grossesse à 22 ans. — Accouchement spontané à Saint-Louis. Enfant vivant.

Deuxième grossesse, à 23 ans. — Accouchement spontané à Saint-Louis. Enfant mort-né.

Troisième grossesse, à 24 ans. — Accouchement spontané à domicile. Enfant vivant.

Quatrième grossesse, à 25 ans. — Opération césarienne à Naples (Italie), au début de l'année 1916. La femme ne peut préciser pour quelle raison on a été obligé d'intervenir. Enfant vivant, mais pas gros. Après quinze jours d'hospitalisation, la femme quitte l'hôpital sans qu'aucun incident se soit produit après l'opération.

Cinquième grossesse, à 26 ans. — Avortement de 2 1/2 mois, à Saint-Louis.

Sixième grossesse, à 30 ans. — Accouchement spontané à Saint-Louis.

Septième grossesse en 1922.

De tous ces enfants, ne vivent actuellement qu'une fille de 11 ans, bien portante et le dernier enfant âgé de 17 mois, bien portant aussi.

Les autres sont morts en bas-âge.

Etat actuel. — Femme bien portante. Abdomen très bombé avec de bons tissus.

La cicatrice abdominale est longue de 32 centimètres. Elle est située à 4 centimètres à gauche de la ligne médiane.

Taille 1 mètre 45.

Les crêtes tibiales sont courbées en dehors, mais cette déformation est masquée par un épais manchon adipeux.

Bassin. — Promontoire bas situé. Bassin généralement rétréci

Ligne promonto-sous-pubienne : 109 millimètres.

Saillie de la paroi interne du bassin au niveau des cotyles.

Début du travail, le 28 janvier 1922, à 13 heures.

Variété de position : O.I.G.A.

Dilatation complète : 29 janvier, à 10 h. 30.

Durée de la période d'expulsion : 35 minutes.

Durée totale du travail : 22 h. 5 minutes.

Accouchement spontané d'un garçon vivant pesant 3 kgr. 360.

Délivrance naturelle complète.

Suites normales.

OBSERVATION V.

Service du docteur Cathala. Hôpital Saint-Louis.

M. L... II pare, âgée de 24 ans.

Née de parents bien portants.

Il n'y a aucun antécédent saillant jusqu'à sa première grossesse.

Réglée à l'âge de 12 ans très régulièrement.

La première grossesse est terminée en 1920 par une opération césarienne faite à la Clinique Baudeloque. Extraction d'un garçon vivant, mais qui décéda trois jours après.

Nouvelle grossesse dont le début remonte au mois de mai 1921.

La grossesse a été menée à terme sans encombre et, après avoir

été examinée plusieurs fois à la consultation des femmes enceintes, où on a noté un rétrécissement du bassin, la femme entre dans le service trois jours avant le début du travail.

Rien de spécial à noter au point de vue de la cicatrice abdominale qui est bonne et, par le toucher, on met comme diagnostic de présentation siège complet dans la variété droite postérieure.

L'auscultation est bonne.

Le travail débute le 19 février 1922, à 21 heures, est entrée dans la salle de travail, deux heures après, le col étant perméable.

La dilatation est complète le matin à 7 h. 45.

La rupture de la poche des eaux est spontanée et le liquide amniotique est normal.

Enfin, l'expulsion du fœtus se fait normalement en quinze minutes par le siège.

Accouchement spontané d'une fille vivante, pesant 3 kgr. 160, avec un bon état physique.

La délivrance est normale et naturelle trente minutes après l'accouchement, avec membranes complètes, le placenta pesant 480 gr.

La durée de la dilatation a été de sept heures trente et la durée totale du travail onze heures.

Les suites de couches furent absolument normales et la femme a quitté le service de 1^{er} mars 1922.

OBSERVATION VI.

Service du docteur Cathala. Maternité de Saint-Louis.

P. A..., 31 ans, II pare.

La première grossesse est terminée par une césarienne effectuée à la Maternité de Saint-Louis, le 15 octobre 1920.

En voici les détails :

Rien d'important à signaler en ce qui concerne les antécédents héréditaires ou collatéraux.

Dans l'enfance pas de troubles de la marche. Réglée à 13 ans.

A l'âge de 16 ans, dothientérie.

Enfin, en 1918, bronchite (?) avec hémoptisies, qu'elle a été obligée de soigner à la Pitié.

Les dernières règles surviennent, le 10 décembre 1919, et durent pendant cinq jours.

Rien de spécial durant la grossesse et la femme entre dans le

service près du terme, 25 septembre, en observation; à cause de son bassin dont la ligne P.S.P. a été trouvée de 96 millimètres. A ce moment, l'état général était plutôt défavorable, car la femme présentait de nouveau des hémoptisies, était très amaigrie et présentait des signes stéthoscopiques plutôt suspects. Pas de bacilles de Koch dans les crachats.

Au point de vue obstétrical, on note, à la date du 20 septembre 1920 : sommet mobile, élevé. Dos à gauche. Bassin aplati. Le promontoire est accessible (96 millimètres).

Le travail débute, le 14 octobre 1920, à 20 heures. Le lendemain matin, la parturiente est transportée à la salle de travail et, à 8 heures, on constate une dilatation de 50 centimes, tête toujours mobile.

A 10 heures, on pratique l'opération césarienne conservatrice. Anesthésie au chloroforme.

Opération faite par M. Bourdeaux, interne du service, assisté de M. Cathala. Incision de 12 à 13 centimètres — sus et sous-ombilicale. Incision de l'utérus *in situ*. Rupture des membranes et saisie d'un pied. Extraction d'un enfant du sexe masculin pesant 3 kgr. 180.

Extraction du placenta pesant 550 grammes.

Légère hémorragie à la partie inférieure de la plaie utérine qui s'arrête par la suture. Un drain est placé dans le col.

Suture de l'utérus au catgut et fermeture de la paroi abdominale.

Nettoyage du vagin : le drain est expulsé spontanément.

Les suites opératoires ont été fébriles, mais il faut ajouter que l'état pulmonaire de la femme pouvait être responsable de la fièvre.

Le 23 octobre, on enlève les fils, et il reste une cicatrice longue de 9 centimètres.

Enfin, la mère et l'enfant quittent l'hôpital, le 10 novembre, en conditions normales.

La cicatrice mesure 78 millimètres.

Deuxième grossesse. — Les dernières règles ont duré du 19 au 23 avril 1921.

Pas d'incidents durant la grossesse, mais, à 7 1/2 mois, la femme entre en travail.

Elle arrive sitôt à la Maternité de Saint-Louis, le 25 décembre 1921, à 14 heures ; lorsqu'on l'examine, on trouve une dilatation d'un franc. La tête — qui constitue la présentation — est mobile ; le dos est à gauche.

Les membranes sont intactes.

Les battements du cœur sont normaux et les contractions utérines sont vigoureuses.

A 20 h. 45, se produit la rupture spontanée des membranes et la dilatation complète s'effectue à 21 heures, le sommet étant engagé en O.I.G.A.

Trente minutes après, accouchement spontané d'un garçon né étonné, ranimé facilement après frictions à l'alcool.

La délivrance suit sitôt après

L'enfant pèse 2 kgr. 160 et le placenta 460 grammes.

La période de dilatation a duré vingt heures et celle de l'expulsion trente minutes.

Les suites de couches ont été normales.

OBSERVATION VII.

Service de M. le professeur Brindeau, à la Clinique Tarnier.

D. L..., âgée de 19 ans, II pare.

Antécédents personnels. — Méningite à 18 mois puis, à la suite, une paralysie infantile.

Première grossesse. — Césarienne à terme.

La césarienne a été faite plus à cause de l'atrésie des parties molles, de l'asymétrie pelvienne et du rétrécissement du détroit inférieur, qu'à cause du rétrécissement du détroit supérieur, lequel est faible. La tête tentait à s'engager au moment où la césarienne a été pratiquée.

Suites simples, mais il est noté que des débris de champs opératoires hyperstérilisés (brûlés) sont restés dans la cavité abdominale

La suture s'est, peut-être, ressentie de cet incident : éventration post-opératoire.

Deuxième grossesse. — La date des dernières règles remonte vers le milieu du mois de février 1922.

Entre à Tarnier près du terme et à la salle de travail le 13 novembre 1922, à 10 heures.

Examen. — La paralysie infantile a entraîné une atrophie musculaire et osseuse: diminution de longueur du membre inférieur gauche. Pied bot.

Bassin extrêmement touché avec atrophie unilatérale.

Le périnée est résistant.

La cicatrice de la laparatomie antérieure est très mauvaise, on sent à travers la paroi une série d'orifices au niveau de la cicatrice abdominale.

Marche de la dilatation : à 17 heures, petite paume ; à 19 heures, dilatation complète.

Au moment où la femme a commencé à pousser, il y a eu apparition d'une volumineuse hernie au niveau de la ligne blanche juste sous l'ombilic.

On pratique l'anesthésie au chloroforme et on applique le forceps sur un sommet en droits postérieure. Extraction d'une fille vivante pesant 3 kgr. 050.

Deux heures après l'accouchement le placenta est toujours retenu dans l'utérus : on pratique une délivrance artificielle.

La placenta était adhérent au niveau de la paroi antérieure de l'utérus, où se trouve la suture.

Les suites ont été fébriles. On pose sur l'abdomen une vessie de glace et, trois jours après, la température était normale.

La femme a quitté le service dans de bonnes conditions.

OBSERVATION VIII (1).

Tertipare, 27 ans, Espagnole, antécédents rachitiques. Entre au cours du travail, le 1^{er} janvier 1914, à la clinique obstétricale.

Première grossesse, il y a quatre ans et demi, terminée par césarienne.

Deuxième grossesse, avortement à six mois ; fœtus mort-né.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 20 au 23 mars 1913.

Hauteur utérine : 34 centimètres.

Arrive en travail à la dilatation de petite palmaine, œuf ouvert avec un fœtus en présentation du siège décomplété, mode des fesses, au-dessus du détroit supérieur ; le travail dure depuis huit heures environ.

Bassin rachitique avec faux promontoire.

Promontoire à 11 cm. — $1 \frac{1}{2} = 9 \frac{1}{2}$ comme promonto minimum. Faux promontoire à 10 cm. — $1 = 9$ comme faux promonto minimum.

L'enfant paraît de volume moyen.

(1) P. Balard : Société d'Obstétrique et de Gynécologie de Bordeaux (27 avril 1920).

Accouchement. — La voie basse paraît praticable eu égard au volume de cet enfant. On décide l'extraction immédiate artificielle pour les raisons suivantes :

a) La présentation des fesses étant suffisante à elle seule pour entraîner la dystocie ;

b) La césarienne antérieure ne permettant pas de laisser pousser longtemps sans danger la parturiente, la viciation pelvienne ne permettant pas d'espérer l'accouchement spontané.

Les tractions sur le tronc n'amènent pas l'engagement de la tête, on pratique un Champetier au-dessous du faux-promontoire, qui s'opère à l'aide d'un asynclitisme postérieur, très prononcé.

Enfant étonné, ranimé. Poids : 2 kgr. 900.

Diamètres de la tête : Mx 12,5

O.M 12

O.F 10,5

SO.B 9,5

SO.F 10

Bi.P 8,5

S.M.B 9

Considérations. — La cicatrice abdominale était très souple, sans adhérences, la délivrance artificielle pratiquée dans un but d'exploration ne permet pas de sentir un amincissement de la paroi utérine.

LES SEQUELLES DE L'OPÉRATION CESARIENNE

I. LES ADHÉRENCES UTÉRINES.

Les adhérences utérines, qu'elles soient épiploïques, viscérales, ou pariétales, et dont les auteurs ont fait grand cas aux premières heures de la pratique de la césarienne, sont tout à fait négligeables si elles ont toléré la gestation. Elles ne peuvent influencer l'accouchement spontané et, d'ailleurs, elles doivent disparaître avec une bonne technique opératoire.

II. LA CICATRICE UTÉRINE.

L'état de la cicatrice utérine a une toute autre importance, car celle-ci joue un rôle capital au moment de l'accouchement, et de sa solidité dépend pour l'utérus la possibilité d'expulser spontanément le fœtus.

On a beaucoup discuté sur les conditions qui favorisaient le mauvais état de la cicatrice utérine. On a mis en avant le rôle de l'infection qui n'est pas niable ; les déficiences de la technique opératoire proprement dite entraînent comme conséquence une mauvaise suture ; le siège de la cicatrice elle-même, qui serait plus défavorable lors-

qu'elle occupe le fond de l'organe ; sa longueur, et il est évident que plus elle est courte, plus elle est résistante.

Enfin, on a accusé la multiparité, qui modifie la structure de l'utérus et favorise les troubles dystrophiques.

Cette cicatrice peut être entièrement fibreuse, et c'est le cas le plus fréquent. Son épaisseur est très variable, mais il n'y a pas de rapport absolu entre son épaisseur et sa résistance.

Elle peut être d'apparence musculaire, c'est-à-dire que les fibres musculaires ne sont pas aussi compactes qu'à l'état normal.

Enfin, on a signalé des cicatrices entièrement musculaires, mais amincies ou même des cicatrices dans lesquelles la réparation musculaire paraît complète (Audebert (1), Faugère (2)).

Ces cas sont évidemment plus favorables, et l'on est en droit d'espérer qu'ils deviendront de plus en plus nombreux avec le perfectionnement de la technique de la césarienne et permettront d'avoir une confiance absolue dans la valeur anatomique et fonctionnelle de l'utérus césarisé.

(1) Audebert. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1913.

(2) Faugère. — Société d'obstétrique et de gynécologie de Bordeaux, 1921.

LA CICATRICE ABDOMINALE

La cicatrice abdominale joue un rôle moins important. Il faut qu'elle soit solide et correcte pour que l'utérus puisse y trouver un bon point d'appui au cours du travail.

En dehors de ces deux qualités, il faut ajouter une troisième : il faut qu'elle soit courte pour augmenter la solidité.

Pour obtenir une cicatrice courte, M. Cathala conseille de ne pas extérioriser l'utérus au cours de la césarienne, et on peut ainsi obtenir des cicatrices de 9 à 10 centimètres et même plus réduites.

Pour cet auteur, l'extériorisation de l'utérus doit être réservée aux cas où le liquide amniotique est suspect d'infection : elle apparaît alors comme le prélude de l'hystérectomie (1).

(1) Cathala : *Revue française de gynécologie et d'obstétrique*, juin 1922, et *Bulletin médical*, août 1922.

FREQUENCE ET PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT PAR LES VOIES NATURELLES CHEZ LES FEMMES CESARISÉES

Marioton en 1911, dans sa thèse, cite que, dans le service de M. Bar, sur 24 cas de grossesse post-césarienne, une femme a accouché normalement par les voies naturelles.

La statistique de Planès porte sur 319 cas de grossesse post-césarienne. Cet auteur, en prenant le total de 47 cas de terminaison spontanée, qui comprend les cas d'accouchement prématuré, arrive au pourcentage de 14 o/o.

Celle de Morisson-Lacombe, qui porte sur 50 gestations observées chez 41 femmes ayant subi la section césarienne, donne une fréquence de 20 o/o.

A la maternité de Saint-Louis, en deux ans et demi, nous avons relevé 4 cas d'accouchement spontané chez 31 femmes antérieurement césarisées. Dans le même laps de temps, il y a eu 3 césariennes itératives. Le nombre de césariennes conservatrices fut de 33, dont 30 chez des primipares.

Nous avons constaté en comparant les statistiques d'il y a dix ans avec celles publiées plus récemment que le pour-

centage des cas d'accouchement spontané, comparé à celui des césariennes itératives semble aller en augmentant.

Dans la majorité des cas observés, l'accouchement par les voies naturelles se fait normalement, lorsque la césarienne a été faite pour une dystocie passagère.

La durée du travail est inconstante et dépend plus du volume du fœtus et du calibre de la filière pelvienne que de la valeur fonctionnelle de l'utérus sectionné.

Cependant, il semble qu'elle soit prolongée en général. L'application du forceps est signalée une fois dans les cas que nous rapportons. (Observation VII.)

RISQUES ET DANGERS DURANT L'ACCOUCHEMENT

Quel sont les risques que court durant l'accouchement par les voies naturelles, une femme qui a subi antérieurement l'opération césarienne ?

Les risques dus aux adhérences sont surtout du domaine chirurgical (occlusion intestinale) ; au point de vue obstétrical pur, cette séquelle est négligeable.

Le danger d'éventration, qui résulte du mauvais état de la cicatrice abdominale, est peu important, et nous rappelons que, dans l'observation VII, la cicatrice abdominale était tellement mauvaise qu'aux premiers efforts, il s'est produit une hernie ombilicale, ce qui n'a pas empêché que l'accouchement soit terminé dans des conditions heureuses.

Enfin, ce risque sera dominé si on vise davantage d'obtenir une cicatrice courte.

Le gros risque que court la césarisée est évidemment celui de la rupture utérine et cette redoutable menace qui a toujours constitué pour les accoucheurs un très grand souci, ne manquera pas de retenir toute notre attention.

La fréquence de cette complication est diversement appréciée par les auteurs. Mais précisément en collationnant

les différentes statistiques, on peut établir une moyenne qui, si elle n'a rien d'absolu, peut du moins évaluer l'importance du risque.

Observateurs	Cas de grossesses		
	post-césarienne	Ruptures	Pourcentage
Marioton (1)	157	4	2,50
Planès (2)	319	8	2,50
Fournier (3)	250	3	1,20
Morisson-Lacombe (4)	50	2	4

(dont une pendant
la gestation)

En tenant compte des faits, on peut donc considérer que la rupture varie entre 1,2 à 4 o/o. Nous sommes loin donc du chiffre cité en 1856 par Krukenberg (5); qui évaluait à 50 o/o les risques des ruptures, mais ce chiffre paraît correspondre à l'époque des mauvaises sutures.

On peut aussi conclure des chiffres précédents que les cas de rupture deviennent de plus en plus rares, d'abord parce que la technique opératoire s'est améliorée et aussi parce que les femmes sont mises en observation pendant les derniers temps de la gestation.

La rupture utérine peut survenir pendant la gestation, mais elle est surtout fréquente pendant le travail.

La rupture survenant pendant la gestation peut être provoquée par un hydramnios, gemellité, gros œuf et toutes causes susceptibles d'augmenter la tension intra-utérine, mais elle sort du cadre de notre étude.

(1) Marioton. — Thèse de Paris, 1911.

(2) Planès. — *Loco citato*.

(3) Planès. — *In* thèse Planès.

(4) Morisson-Lacombe. — *Loco citato*.

(5) Krukenberg. — *Centralblatt fur Gynækologie*.

Celle qui survient pendant le travail est due au déséquilibre existant entre l'état du muscle utérin et l'effort qu'il est appelé à fournir ; le risque sera donc plus grand lorsqu'il existe un obstacle, dans le cas de bassin rétréci par exemple.

Mais dans l'un comme dans l'autre cas, la rupture est avant tout conditionnée par l'état de la cicatrice utérine. C'est l'extrême minceur de celle-ci ou son défaut de résistance qui sont la cause de ce redoutable accident.

Il faut ajouter aussi qu'on peut quelquefois accuser la qualité du muscle utérin qui aurait probablement cédé même s'il n'y avait pas de section antérieure.

La rupture utérine, cependant, n'est pas toujours fatalement mortelle. Le pronostic même en serait plus favorable que celui des ruptures utérines en général. Balard et Planès (1) donnent les chiffres suivants : Guérison maternelle 86 o/o ; guérison fœtale 50 o/o. On est même en droit d'espérer que les résultats s'amélioreront lorsque les femmes seront mieux surveillées et que l'intervention sera plus rapide.

La femme qui a subi une césarienne devra toujours être hospitalisée avant tout début du travail.

(1) Balard et Planès. — *Revue française d'obstétrique et de gynécologie*, novembre 1920.

SIGNES CLINIQUES DE LA VALEUR FONCTIONNELLE DE L'UTERUS CESARISÉ

La question a été plusieurs fois agitée de savoir s'il n'existe pas de signes qui, pendant la gestation, puissent donner une indication sur la valeur de l'utérus et surtout de l'état de la cicatrice. Potocki l'a soulevé le premier à la fin de l'année 1918, mais depuis elle fut reprise plusieurs fois.

Balard et Planès ont publié un article très documenté sur la question (1). Ces auteurs ont fait une enquête parmi les accoucheurs qui sont d'ailleurs divisés : les uns pensent qu'aucun signe clinique n'est capable de fournir les renseignements désirés ; les autres estiment que, si les signes de certitude manquent il existe des signes de présomptions tirés des anamnestiques ainsi que de l'examen même de la femme. On serait, en effet, tenté de tirer des indications découlant des conditions de la césarienne antérieure, de la technique employée, des suites opératoires. On pourrait prévoir une mauvaise cicatrice chez une femme dont l'opération a été suivie d'un état infectieux plus

(1 et 2) Balard et Planès. — *Revue française d'obstétrique et de gynécologie*, novembre 1920.

ou moins grave et plus ou moins prolongé. Mais le facteur infection n'implique pas nécessairement une mauvaise cicatrice. Et si Jeannin a pu écrire : « En l'absence de tout facteur infectieux ou autre, on n'est pas en droit de garantir la solidité d'une cicatrice post-césarienne. » Ballard et Planès répondent (2) : « L'existence d'une infection ne suffit pas pour autoriser à affirmer la faiblesse de la cicatrice utérine. »

Les renseignements qu'on peut obtenir par la palpation abdominale sont nuls sinon trompeurs. Une mauvaise cicatrice abdominale et même une éviscération ne peuvent présumer de l'état de la cicatrice utérine. L'observation de M. le professeur Brindeau, qu'on trouve dans notre texte, est démonstrative. (Observation VII.)

La longueur de la cicatrice abdominale, si elle a son importance, ne peut avoir une valeur pronostique. Notre observation personnelle n° V accuse près du terme une cicatrice de 32 centimètres, et cette femme a accouché spontanément deux fois après sa césarienne. Enfin, à moins de cas exceptionnels, il est impossible de pouvoir apprécier à travers la paroi abdominale l'état de la cicatrice utérine.

Cependant, la palpation renseignera sur le volume de l'œuf et sur le cas de gemmellité.

Par le toucher on se renseignera sur les dimensions du bassin et sur les obstacles qui auraient décidé la césarienne.

Le promontoire bas situé sera en faveur d'un accouchement par les voies naturelles, ainsi qu'un bassin généralement rétréci, si les limites entrent dans le cadre des dimensions de la tête fœtale à terme.

Si la césarienne a été faite pour un bassin rétréci, toutes les investigations seront dirigées du côté du bassin, et si la césarienne a été faite pour une dystocie passagère et qui ne se représente plus, les recherches seront surtout dirigées du côté de l'utérus.

CONDUITE A TENIR

Lorsqu'on se trouve devant une femme enceinte et qui a subi antérieurement la section césarienne, la conduite à tenir est différente suivant le cas qui se présente.

Si la césarienne a été faite pour bassin rétréci, il faut estimer le degré de rétrécissement et dans ce cas :

1° Si le bassin est très rétréci, la césarienne itérative s'impose ;

2° Si le bassin est peu rétréci, avec un promontoire bas situé, si l'enfant n'est pas gros, on peut espérer un accouchement par les voies naturelles, et on ne prendra de décision qu'aux approches du terme.

Mais dans le cas où la césarienne a été faite pour une dystocie passagère et qui n'entre plus en ligne de compte pour le nouvel accouchement, il n'y a pas de raison *a priori* de pratiquer une césarienne itérative.

Dans tous les cas, la femme doit être surveillée de près pendant toute la durée de la gestation ; il faut chercher à dépister aussitôt que possible les cas de gros fœtus, d'hydramnios, de gemellité.

Les antécédents de la femme qui a subi la section césarienne doivent être fouillés minutieusement, il faut y chercher les conditions opératoires, la technique employée, les

suites opératoires, bonnes ou mauvaises. Au besoin, l'observation écrite de la femme doit être demandée à qui de droit.

L'examen local doit être pratiqué avec la plus grande attention, il faut examiner avec patience, mesurer la longueur de la cicatrice abdominale, évaluer son épaisseur, sa résistance. Il faut essayer, malgré les difficultés de cette manœuvre, d'évaluer à travers l'épaisseur de la paroi abdominale, l'état de la cicatrice utérine, se rappeler en particulier que l'amincissement de celle-ci peut-être masqué par l'insertion du placenta à son niveau.

La femme doit être alitée pendant le dernier mois et de préférence hospitalisée.

Au dernier moment, il faut suivre de très près les phénomènes prémonitoires du travail. Une présentation qui s'engage bien, un col qui se dilate normalement, un enfant qui ne souffre pas, voilà des indications précieuses qui permettent d'espérer une expulsion normale dans un cas où on a décidé d'éviter la césarienne itérative.

Mais c'est le moment où la parturiente a besoin de soins les plus pressés ; c'est le moment où le danger peut intervenir le plus brutalement sous forme de rupture utérine.

Même dans cette éventualité, on pourra intervenir assez rapidement et dans de bonnes conditions, si la parturiente est hospitalisée, et espérer ainsi sauver du moins la vie de la mère.

Quelquefois, pour soulager l'utérus d'efforts trop prolongés, on pourra faire une application de forceps.

Quant à l'accouchement prématuré provoqué, et bien que cette méthode ait trouvé des défenseurs, nous estimons qu'il est à rejeter.

L'ACCOUCHEMENT PRÉMATURÉ PROVOQUÉ

Cette méthode de plus en plus abandonnée depuis les progrès de l'opération césarienne avait fini par tomber dans un oubli presque complet, en particulier de la part des accoucheurs parisiens. Mais depuis quelques années, on a enregistré quelques publications concernant cette méthode qui eut autrefois sa vogue.

En 1920, Marc Rivière, de Bordeaux, soutient une thèse sur le sujet (1). Cet auteur essaye d'opposer en quelque sorte l'accouchement prématuré provoqué à la césarienne, et il définit les indications particulières de cette méthode thérapeutique. Son étude envisage spécialement les femmes à bassin rétréci, dont l'utérus n'a pas été antérieurement sectionné.

D'autres auteurs ont rapporté des cas d'accouchement prématuré provoqué chez des femmes antérieurement césarisées : Commandeur (2), Reuter (3), Planche (4), Eparvier et Sautereau (5).

(1) Marc Rivière. — Thèse de Bordeaux, 1920.

(2) Commandeur. — Réunion obst. et gynéc. de Lyon, déc. 1920

(3) Reuter. — Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, février 1921.

(4) Planchu. — Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, mai 1922.

(5) Eparvier et Sautereau. — Société d'obstétrique et de gynécologie de Lyon, juin 1922.

De ces observations, semble résulter que cette méthode peut être tentée dans certains cas, en particulier lorsqu'il s'agit de bassins peu rétrécis, que le fœtus n'est pas trop volumineux et que la femme se refuse à la césarienne.

Nous croyons que cette méthode doit être rejetée et remplacée par l'opération césarienne qui permet d'avoir des enfants à terme sans aucun risque pour la femme.

Mauvaise méthode lorsque l'utérus est normal, à cause du danger de rupture de l'utérus qui doit forcer une filière très réduite, cette méthode ne saurait pas trouver son application lorsque l'utérus est déjà sectionné, car les dangers de rupture trouveraient là leur maximum de conditions.

CONCLUSIONS

I. Les risques au cours d'un accouchement spontané chez une femme ayant subi antérieurement une opération césarienne sont moins grands qu'on ne pensait jadis.

II. L'accouchement spontané chez une femme ayant subi antérieurement une section césarienne n'offre pas de grands dangers lorsque l'obstacle qui a nécessité cette opération n'existe plus au cours de la deuxième grossesse.

III. Les cas d'accouchement spontanés après césarienne deviennent de plus en plus fréquents.

IV. Le pronostic devient plus favorable ; le risque de rupture de la cicatrice utérine est rare quand la suture de l'utérus a été bien faite et s'il n'y a pas de dystocie au cours de l'accouchement.

V. La conduite à tenir diffère selon que la femme a été opérée pour un obstacle momentanée ou permanent :

a) Si l'obstacle était momentané (kyste de l'ovaire, par exemple), et s'il a été enlevé au cours de la césarienne, on doit laisser l'accouchement se faire spontanément ;

b) Si l'obstacle est permanent (bassin rétréci, par exemple), la conduite peut différer selon les circonstances :

1° Si le bassin est rétréci ; la césarienne itérative est indiquée ;

2° Si le bassin est peu rétréci et le fœtus peu volumineux, si l'engagement de la tête fœtale se fait ou a tendance à se faire, si l'on est certain qu'il n'y aura pas lutte pour le passage du fœtus à travers ce bassin, on peut laisser l'accouchement s'effectuer spontanément en surveillant la parturiente, prêt à intervenir.

VI. L'accouchement prématuré provoqué chez une femme ayant subi la section césarienne pour bassin rétréci doit être rejeté. Mauvais chez les femmes dont l'utérus est intact, il est encore moins indiqué chez les femmes dont l'utérus présente une cicatrice de césarienne.

Vu : Le Doyen,
ROGER.

Vu : Le Président de la Thèse,
BRINDEAU.

Vu et permis d'imprimer
le Recteur de l'Académie de Paris :

APPELL

